Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Selbstbeschädigung bei Geisteskranken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Albert Friedrich Steinigeweg

aus Werdohl i./Westfalen.

Kiel 1913.

Druck von H. Fiencke.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Selbstbeschädigung bei Geisteskranken.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Albert Friedrich Steinigeweg

aus Werdohl i./Westfalen.

Kiel 1913.

Druck von H. Fiencke.

No. 36.

Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Anschütz,

z. Z. Dekan.

Meinem Vater gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0081

Die Selbstbeschädigung, meist in Form des Selbstmordes oder des Selbstmordversuches, seltener in Form der Selbstverstümmelung, findet man bei Geisteskranken überaus häufig. So wurde eine Zeit lang von verschiedenen Seiten jeder Selbstmörder, oder fast jeder, für geisteskrank erklärt, und dementsprechend der Selbstmordversuch als Ausdruck einer gefährlichen Geistesstörung und als hinreichender Grund für Anstaltsbehandlung angesehen. Heutzutage wird die Geistesstörung als die hauptsächlichste, aber nicht ausschließliche Ursache des Selbstmordes betrachtet. In den Statistiken ist die Zahl oft auffallend niedrig. Dies mag zum Teil daran liegen, daß eine einfache Melancholie unbemerkt bleibt, zumal wenn sie sich infolge eines reellen Kummers entwickelt, oder eine krankhafte Empfindlichkeit oder senile Geistesschwäche vorhanden ist. Auch mit der Dissimulation der Angehörigen muß gerechnet werden, welche häufig eher alles andere vorschützen, wie Alkoholismus, Fieberanfall etc., als die Geistesstörung eines der Ihrigen zuzugeben.

Der mit Absicht ausgeführte Selbstmord, oder der Versuch eines solchen braucht nun durchaus nicht immer eine geisteskranke Tat zu sein, insofern er auch die logische Konsequenz einer krankhaften Idee, die den Kranken völlig beherrscht, sein kann.

Bei gewissen Geisteskranken offenbart sich die Neigung zu Selbstmorden durch Impulse und Zwangszustände, die das Krankheitsbild beherrschen; vorzugsweise bei erblich

Degenerierten. Die Selbstmordneigung ist bei den einzelnen Psychosen recht verschieden. Nach Viallon (Suicide et folie) zeigten die Melancholischen in 40% Selbstmordneigung, die Degenerierten in 26,25%, die Hysterischen in 20%, die Alkoholisten und Morphinisten in 17,24%, die Verfolgten in 12%, die Epileptiker in großem Abfall in 5,71%, der sich fortsetzte durch die Paralyse, Blödsinn, Imbezillität und Idiotie, bis zur Manie mit 1,28% Selbstmordneigung.

Seltener und in ihren Motiven weniger geklärt ist die andere Form der Selbstbeschädigung, die Selbstverstümmelung. Nicht hierher zu rechnen sind die erfolglosen Selbstmordversuche.

Über die Motive zur Selbstverstümmelung schreibt Axenfeld: »Der Trieb zur Selbstverstümmelung, besonders die Beständigkeit des Triebes, ist nicht bei allen der gleiche. Während der Eine unter dem Eindrucke sehr schreckhafter Halluzinationen, schwerer Versündigungsideen oder aus nicht klargestellten Ursachen mit furchtbarer Gewalt vorgeht, arbeitet ein Anderer mit mäßiger Kraft längere Zeit, ja, der Versuch kann sogar spontan abgebrochen werden. Es wird nicht immer möglich sein, bei nicht völlig durchgeführter Avulsio bulbi unter diesen vielen Motiven eine sichere Wahl zu treffen.«

Zuweilen fehlen alle Motive und dann ist gerade das Triebartige dieser Gewaltakte charakteristisch. Auch aus den 14 Fällen von Axenfeld, zum Teil aus der Literatur zusammengestellt (9), zum Teil eigene Beobachtungen (5), über Selbstverstümmelung der Augen geht hervor, daß es gerade die Kranken mit Muskelsinnestäuschungen, mit Gedankenlautwerden sind, die in jeder Hinsicht unberechenbar sind, die auch zu diesen Gewaltakten neigen, die das Gefühl einer ihrem Ich fremden Gewalt in ihrem Körper haben und die es je nach ihrem Anschauungsvermögen beschreiben. Es ist Gott oder der Teufel oder die Mutter Gottes, die etwas befehlen oder verbieten, was die Kranken dann tun müssen oder gerade nicht tun.

Bei den Selbstverstümmelungen kommen einige Körperteile immer wieder vor, so besonders die Testes und die

Bulbi. Dann folgen Eröffnen des Bauches, mit oft hartnäckiger Wiederholung, Amputation von Zehen und Entfernen der Zunge. Hebold veröffentlichte 1895 einen Fall von Paranoia, bei der sich der Kranke einen Nagel durch die Schädeldecken trieb.

Was die Psychosen angeht, so finden sich in der Literatur Fälle von religiös-maniakalischem Irresein, epilept. Manie, Puerperalpsychose, Paranoia und Hypochondrie. Weitaus am häufigsten finden wir Selbstverstümmelung bei Hysterie und Katatonie. Doch ist bei diesen beiden Arten ein bedeutender Unterschied. Bei den Hysterischen ist die Selbstverstümmelung oder -verwundung kein Ausfluß von Zwangsideen, wenngleich letztere auch bei Hysterischen vorkommen; sondern sie wollen krank sein und verfolgen mit ihren Selbstverwundungen einen bestimmten, fernliegenden Zweck, während die Zwangshandlung sich selbst Zweck ist. Es ist aber nicht zu leugnen, daß bei der labilen Stimmung der Hysterischen auch ernsthafte Versuche vorkommen. Sehr selten kommt es auch in den hysterischen Dämmerzuständen zur Selbstverstümmelung. So berichtet A. Cramer von einer Patientin, die sich in einem solchen Zustande sämtliche Nägel an Händen und Füßen abriß. Sie wußte nach dem Verschwinden der transitorischen Bewußtseinsstörung zunächst nichts davon und gab auch an, daß sie keinerlei Schmerzen empfunden habe.

Bei den katatonischen Selbstverstümmelungen kommt das oben erwähnte Triebartige zum Ausdruck. Dazu besteht häufig eine psychische Analgesie ohne jede Beeinträchtigung des Bewußtseins, die es den Kranken ermöglicht, mit lächelndem Gesichte, in aller Ruhe sich schwere Verletzungen beizubringen. Es ist klar, daß diese psychische Analgesie in Verbindung mit inneren unsinnigen Antrieben oder hypochondrischen Sensationen zu allen möglichen Selbstbeschädigungen besonders disponiert.

Wachsmuth hat 1907 in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie einen Fall von ausgesprochener Katatonie beschrieben, bei dem sich die Patientin, nachdem längere Remissionen vorgekommen waren, in einem katatonischen

Raptus das linke Auge mit dem Sehnerven in einer Länge von 3 cm ausriß, und nur mit aller Gewalt verhindert werden konnte, mit dem rechten Auge das Gleiche vorzunehmen. Die Kranke hatte niemals Lebensüberdruß oder Selbstmordabsichten geäußert.

Ein ganz ähnlicher Fall, wenigstens was das psychiatrische Bild angeht, wenn auch die Schwere der Verletzung nicht erreicht wurde, ist nun in der Kieler Psychiatrischen- und Nerven-Klinik in der Zeit vom 31. Januar bis 4. Oktober 1912 beobachtet worden:

W. E., Maurer, 21 Jahre. Aufgenommen 31. I. 12.

Anamnese (vom Vater erhoben): Heredität nicht vorhanden; Patient nie ernstlich krank gewesen. Als Kind ist Patient normal entwickelt gewesen und hat zur rechten Zeit Laufen und Sprechen gelernt. Hat in der Schule gut gelernt. Nach der Schule als Maurerlehrling eingetreten, um Bautechniker zu werden.

Vor 2 Jahren Operation wegen Blinddarmentzündung. Seitdem sei die Verdauung schlecht und er sehe schlecht aus. Er sei aber nie auffallend gewesen. Auf dem Bautechnikum, das er seit zwei Semestern besuchte, habe er sich wohl überangestrengt, da er äußerst ehrgeizig sei.

Seit ca. 4 Wochen verändert. Zuerst sei aufgefallen, daß er keine Ruhe mehr hatte; er habe auch darüber geklagt, daß er seine Gedanken nicht mehr zusammennehmen könne. Er spreche selbst fast garnicht mehr, gebe gar keine Antworten. Seit einem Jahre schon habe Pat. nicht mehr gearbeitet, nur ab und zu etwas als Maurer. Seit 3 Wochen sei er zeitweise erregt, wurde heftig, ausfallend gegen die Eltern, drohte mit Gewalttätigkeiten. Solche Erregungen hätten nur ganz kurze Zeit angehalten, hinterher habe er von nichts mehr gewußt. Am Morgen des 30. I. sei er nackt zu den Eltern gekommen, habe die Bibel verlangt und religiöse Lieder gesungen. Als die Eltern ihn hätten zu Bett bringen wollen, sei er gewalttätig geworden. Am Nachmittag des 30. I. habe der Vater ihn in die Klinik bringen wollen; da sei er weggelaufen, habe in der elterlichen Wohnung ein Fenster eingeschlagen und sich dann

bis zum andern Morgern um 4½ Uhr auf der Straße herumgetrieben. Von der Polizei sei er aufgegriffen, sei sehr aggressiv geworden, hätte in eine Zwangsjacke gesteckt werden müssen. Auf der Fahrt zur Klinik sei er ruhig gewesen. In der ganzen letzten Zeit habe er nicht geschlafen. Wahnideen, Stimmen und Gestalten seien nicht vorgekommen, Bei geringstem Widerstande sei er erregt geworden. Sein Wesen sei planlos gewesen, auch habe er Verkehrtheiten gemacht. Oft habe er stundenlang gesessen, ohne ein Glied zu rühren; seit heute singe er viel religiöse Lieder.

Auf dem Wege zur Abteilung ist Pat. sehr widerstrebend und versucht mehrmals zu entfliehen. Beim Auskleiden ist er sehr gereizt, gegen die Umgebung aggressiv; er muß isoliert werden und beruhigt sich dann etwas.

Status: Größe 1,74 m. Gewicht 57 kg.

Knochenbau mittelkräftig; mäßig entwickelte Muskulatur; stark reduzierter Ernährungszustand; blasse Hautfarbe; Gesicht und Füße etwas, Hände stark cyanotisch; zahlreiche Kratzwunden und Hautabschürfungen am linken Ohre und an beiden Ellenbogen. Über handflächengroße Zellgewebsentzündung an der Vorderseite und Mitte des linken Oberschenkels. Frische Rißwunde rechts vorn vom Haarwirbel. Alte Narbe an der Grenze vom linken Schläfen- und Scheitelbein.

Schädelmaße: Längs: 19 cm.
Quer: 16 „
Umf.: 57 „

Starke Prognathie, Schädel nicht empfindlich, symmetrisch; stark abgesetzte Hinterhauptschuppe, rechtes Ohr abstehend.

Pupillen: unter mittelweit, gleich, rund.

R/L.: pos., prompt.

R/C.: pos., prompt.

Nase nach R.

Lippen borkig belegt.

Conjunktivae im Lidbereich etwas injiciert.

Foetor ex ore. Zunge zittert, stark belegt, trocken. L. neben der Raffe über dem Zäpfchen bohnengroße, scharf

umschriebene Rötung mit centralem, schmierigem Belag. Zähne stark defekt.

Facialis: symmetrisch.

Unstäter ängstlicher Gesichtsausdruck.

Mech. Muskelerregbarkeit: pos.

Vasomotorisches Nachröten, Dermographie.

Refl. der ob. Extr.: gesteigert, gleich. Starker Tremor manuum. Dynamometer: R. 90, L. 75.

Bauchdeckenrefl.: gesteigert; Narbe (Operat.) in der Blinddarmgegend.

Cremasterrefl.: schwach pos.

Knieph.: gesteigert, gleich.

Achillessehnenrefl.: lebhaft.

Hyperhydrosis ped.; Zehen plantar.

Starkes Zittern des Körpers bei Rombg.

Pinselberührung lokalisiert, lebhafte Kitzelempfindung.

Spitz und stumpf wegeu ablehnenden Verhaltens nicht zu prüfen.

Cor.: Töne verwaschen.

Puls: 78, regelmäßig, klein, Rohr etwas gespannt.

Lungen: nichts besonderes.

Claviculargruben stark eingesunken.

Abd.: etwas gespannt, nicht empfindlich.

Pat. kommt Aufforderungen nur langsam und widerstrebend nach.

(Wo hier)? Irrenanstalt, Nervenkrankenhaus.

(Zeit)? 15., 16. Jan . . . 29.

Sei gestern Abend um 6 h gekommen, sei so müde, sonst würde er gerne antworten. Vater habe ihn gebracht. Habe keine Angst, keine Schmerzen, sei ganz gesund; jeden Abend aufgeregt und deshalb hierher gebracht; er sei über nichts aufgeregt. Der Vater habe ihn gezankt, warum wisse er nicht; sei auf der Straße aufgegriffen, warum ist dem Pat. unbekannt. Man habe ihm eine Zwangsjacke angelegt.

Patient ist sehr abweisend und böse, er will nach Hause. Dann spricht er weiter: er habe sich mit dem Vater gezankt und da habe dieser den Schutzmann geholt.

Er schlafe gut, gestern Nachmittag sei er spazieren gegangen; wenns ihm passe, arbeite er, sonst nicht; er sei nervös und deshalb arbeite er nicht ständig. Er sei nur wenig nervös.

Der Vater habe ihn auf der Straße ergriffen mit 2 Schutzleuten (er habe einen Nagel gehabt) und habe ihn hierher gefahren. Pat. steht währenddessen in gespannter Haltung, mit finster drohendem Gesichtsausdrucke vor sich hinstierend, minutenlang, auf jede Frage nicht oder mit abrupt hervorgestoßenem »Wie« oder »und weiter«? antwortend, läuft dann wie versunken mit gekreuzten Armen im Zimmer umher, trommelt auf dem Tische, greift wiederholt nach dem Federhalter und fährt sich damit nach dem Auge.

Er habe im letzten Jahre nicht mehr gearbeitet, weil er nervös geworden sei und sich in der Bauschule überarbeitet habe; habe in dem Fach immer der erste sein wollen.

Pat. versucht plötzlich aus dem Fenster zu steigen: schwingt sich auf den Tisch, reißt den Fensterflügel auf. Als man ihm entgegenspringt, sucht er sich noch des Federhalters zu bemächtigen; muß mit Gewalt in seine Zelle zurückgebracht werden. Klopft hier öfters an die Tür, drängt in energischem Tone weg, wiederholt immer wieder, er sei nicht krank, nur nervös. Gegen Abend unruhiger. Muß weiter bei offener Tür isoliert gehalten werden, läuft in der Zelle herum, öffnet gegen $4^1/_2$ h abends, indem er sich auf die ans Fenster gelehnte Matratze schwingt, das obere Zellfenster, das sofort vom Pfleger verschlossen wurde. Stand dann noch einige Zeit am Fenster, legte sich gegen 9 Uhr auf seine Matratze, zog die Decke über den Kopf und verharrte so in äußerlicher Ruhe. Gegen $^1/_2$ 2 h bemerkte der Pfleger, da die Decke etwas zurückgeschlagen, daß auf der Matratze ein Blutflecken sichtbar war. Als Pat. aus der Zelle geholt wurde, bemerkte man eine Verletzung beider Augen; er bekam 1 M. 2 D. und schlief darauf bis $^1/_2$6 h morgens.

Pat. erzählte dann, er habe, weil das Fenster verschlossen worden sei, kein anderes Mittel gewußt, sich etwas anzutun, als sich unter der Decke zu verstecken und die Augen aus-

zukratzen; er habe das in seiner Gemütsstörung getan. Gegen 6 h kam E. wieder aus der Zelle gelaufen, mußte festgehalten werden, versuchte zu kratzen und zu beißen; er mußte gepackt werden. Pat. erzählt morgens von seinen inneren Erlebnissen.

1. II. Hier müssen wir alle streben auf dieser Welt. Auf dieser Welt alles schlecht, es 'gibt hier einen bösen Geist. Nebel sind seine Stellen, da hat er seine Gewalt. Der gute Gott, der Vater wohnt auf andern Himmelskörpern, im Himmelreich. Die ewige Mutter Gottes hat ein blaues Kleid an; ich kann jeden Tag mit ihr sprechen bis zum 1. Febr., dann ist mein Geburtstag, dann werde ich wieder der alte.

Auf Mitteilung, daß heute der betr. Tag ist, antwortet er: »Heute wird es auch anders«.

Auf der anderen Welt, die Gott beherrscht, gibt es keine Luft, hier Äther, hier alles leicht und schön — kein Äther, wie man bei der Operation kriegt. —

Hier haben alle weiße Kleider an. Ein ewiges Leben. Jesus sitzt da mit seiner Frau, die ist ewig schön. Er wacht Tag und Nacht und bekämpft das Böse.

Auf Befragen, wie er zu dem Versuche kommt, sich die Augen auszureißen, sagt er, die Mutter Gottes habe es ihm gesagt. Er habe es aber falsch verstanden. Ein böser Geist habe wohl dahinter gesteckt; der schließe alles ab.

Auf Befragen, wie er das gemacht habe: er habe mit dem r. Finger von der Seite her, hinten herum gelangt und die Nerven abgekniffen; es sei Dummheit gewesen; es tue jetzt nicht weh. Auf dem r. Auge könne er einen hellen, auf dem l. einen blauen Schein sehen.

Während der Erzählung bricht er plötzlich ab, sagt: warten Sie einen Augenblick, ist gespannt aufmerksam und fährt nach einer Weile fort zu erzählen. A. B., was war es eben? Die Mutter Gottes hat zu mir gesprochen; (was gesagt)? ich soll nicht zu viel erzählen. Soll nur sagen, daß alles schön ist.

Pat. will nach Haus, da könne er sich besser pflegen, er sei nicht verrückt, nur nervös. Pat. kommt in Dauerpackung und erhält an den Armen große Gipsschienen.

Augenbefund: (Professor Stargardt).

R. Lider geschwollen, aus der Lidspalte läuft etwas blutig gefärbte Flüssigkeit. Conjunktiva etwas ödematös, von kleinen Blutungen durchsetzt. Oberer Lidrand blutig suffundiert. Handbewegg. in 30 cm. unterschieden. Vordere Kammer auffallend tief. In den beiden untern seitlichen Teilen der vorderen Kammer ein schmaler Blutstreifen. Pupille verzerrt, $3^1/_2 : 4^1/_2$ mm, queroval R. L. um 1 mm.

Mit Augenspiegel nichts vom Fundus zu sehen. Tension wegen Ödem und Empfindlichkeit nicht zu prüfen. Oben temporal ein etwa 1 cm langer, und $^1/_2$ cm breiter Streifen der Conjunktiva bulbi abgerissen.

L. Oberes Lid maximal geschwollen, hängt über das untere Lid herab, diffus blutig imbibiert. Aus der Lidspalte läuft blutig seröse Flüssigkeit. Conj. bulbi stark geschwollen und von zahlreichen Blutungen durchsetzt. Bulbus etwas vorgetrieben, weich; oben außen sieht man unter der stark geschwollenen Bindehaut bräunlich gefärbte Massen (Uvea?). Hornhaut diffus getrübt. Epithel z. T. abgescheuert. Vorderkammer mindestens 6 mm tief. Im Kammerwinkel etwas Blut. Iris gelbgrün verfärbt. Im Augenhintergrund nichts zu sehen.

Diagnose:

R. wahrscheinlich Luxatio lentis.

L. Perforatio bulbi.

Therapie:

Großer Binocular-Verband. Stärkebinden. Homatropin ins rechte Auge.

Weitere Angaben über die Vorgänge am 31. I.: Pat. habe unter der Decke bis zur völligen Erschlaffung onaniert, dann kamen die Erscheinungen; es war eine Teilung von Himmel und Hölle, er habe Gott gesehen, die Mutter Gottes in einem herrlichen blauen Kleide.

Die übrigen Angaben wie früher.

Sprechweise sehr erregt, hastig, abgerissen, schließlich ganz zerfahren.

Nahrungsaufnahme hinreichend.

Nach 2 Std. hat Pat. den rechten Arm durch fortgesetzte, drehende und ziehende Bewegungen aus der Packung gewunden, muß daher wieder ganz gepackt werden. Über Mittag ist Pat. ruhig; zeitweise ganz zugängig; spricht viel von Gott und daß er sühnen müsse für die vielen Sünden.

Bittet immer wieder, bald trotzig, bald einschmeichelnd, um seine Entlassung, er müsse nach Hause, könne hier doch nicht gepflegt werden. Nimmt 20 Tr. Pantopon, verspricht dem Pfleger 20 000 Mk., wenn er ihn weglasse, dann könne dieser sich selbständig machen und brauche sich nicht mit den Verrückten herumplagen.

Abends nach 9 Uhr wieder unruhig, versucht sich aus der Packung herauszuwinden, erhält Injektion 1 Pantop. 2 D. Darauf Schlaf bis zwei Uhr, dann wieder unruhig; befreit den Arm aus der Packung, muß nachgepackt werden.

2. II. Beschwert sich, er bekäme hier gar nichts zu essen, werde schlecht gepflegt. Wird stundenweise aus der Packung genommen, erhält dann Armverband; versucht häufig aus dem Bette zu kommen. Neue Schmerzen.

3. II. Morgens 10 h. evacuatio oculi sinistri in Chloroformnarkose.

In V. K. Pus. und ebenso schon im durchbluteten Glaskörper. Dieser war zum großen Teil abgeflossen.

Es findet sich nur eine Perforation temporal und oben, concentrisch zum Limbus, 2 mm vom Hornhautrande entfernt. Der Scleralsack ist normal; auch bei gründlicher Absuchung bis an den Opticus findet sich nirgends die Spur einer Verletzung. Ebenso ist nichts von einer Verletzung des Sehnerven festzustellen.

R. Bulbus weich, Tension — 2 bis — 3 V. K. 3 mm tief, Iris stark gelb-grün verfärbt. Blut im Kammerwinkel; subconjunctival liegt ein schmaler Streifen einer braunen Masse (UVEA). Auge reizbar.

Cornea klar, Pupille dunkel; 1. gtt. Atropin; Verband.

Pat. teilweise schwer zu beruhigen und zufrieden zu stellen. Klagt über Essen und Pflege. Ißt aber, wenn ihm Verlangtes gewährt wird, trotzdem nicht. Verlangt einen Anzug, drängt nach Hause.

4. II. Stundenweise außer Packung, ruhig, liegt dann in gespannter Haltung da, spricht nur selten etwas abgerissen vor sich hin. Auf Anrede verlangt er jedoch in hastiger, fast trotziger Sprechweise seine Entlassung; es fehle ihm ja garnichts; das mit den Augen könne ja mal vorkommen. Nahrungsaufnahme hinreichend. Hat in der Packung unter sich gelassen.

6. II. Pat. bekommt Einzelzimmer mit Einzelwache; ist ruhig, zugänglich, keine Klagen. Furunkulose an verschiedenen Körperstellen.

12. II. Augenbefund: Starke eitrige Sekretion aus der l. Augenhöhle; rechtes Auge reizlos. Strichförmige tiefe Hornhauttrübung. Vordere Kammer etwa 4 mm tief. Pupille durch Atropin gut erweitert, Iris noch deutlich grün, im Glaskörper zahlreiche große, wenig bewegliche, wolkige und streifenförmige Glaskörpertrübungen und zwar in allen Teilen bis hinten an die Papille, die zum größten Teil von einer Blutung bedeckt war; soweit sie sichtbar, ist nichts besonderes an ihr zu sehen. Auf der medialen Seite ausgedehnte Netzhautablösung; Netzhaut springt halbkugelig weit in den Glaskörper vor, zart, grau getrübt, nicht durchsichtig.

16. II. Pat. gibt an, er sei abends noch oft innerlich erregt, ängstlich; es würden ihm Bibelverse und Sprüche auf die Zunge gelegt, so daß er sie aussprechen müsse. Furunkel beginnen abzuheilen.

26. II. In letzter Zeit sehr ruhig, spricht auch bei der Visite auf Fragen wenig; klagt über Blähungen, es gingen Luftblasen vom Munde aus durch die Eustachische Röhre die Wirbelsäule hinunter. Fragt nach der Erklärung dieser Sensation, wird unruhig im Bett. Drängt, seinen Augenverband zu lockern und seine Augen frei zu machen.

In der folgenden Zeit ist E. wieder sehr gereizt, will nichts über seine Sensationen berichten, schimpft, wenn ihm etwas nicht paßt; er ist sehr empfindlich, will nur noch Süßigkeiten essen. Verbandwechsel der Augen alle 2—3 Tage.

19. III. Augenbefund:

L. Normaler Verlauf, mäßige Sekretion.

R. Auge reizlos. In der Hornhaut einzelne kleine Trübungen (Kratzeffekte).

Pupille 4 ½ mm.

R. L. prompt bis 2 mm.

Noch zahlreiche schwarze Glaskörperflocken.

Nasale Hälfte: Ablatio Retinae totalis.

Visus: Handbewegungen in etwa ½ m.

Stark eingeengtes Gesichtsfeld.

R. Auge wird frei gelassen; Pat. steht zeitweise auf. Pat. ist während der ganzen folgenden Zeit meist unruhig, besonders abends; schreit oft ohne Grund durchdringend auf, ist sehr empfindlich, schreit beim Verbandswechsel schon, bevor er berührt wird, ist unersättlich nach Süßigkeiten, spricht von religiösen Dingen, richtet sich oft im Bett auf und entblößt sich. Lacht zuweilen still vor sich hin; sagt, nach der Veranlassung dazu gefragt, nicht mehr, als er habe an etwas Komisches gedacht. Bleibt, wenn Fragen an ihn gerichtet werden, zunächst stumm, sagt dann nach einer Weile, nachdem die Frage schon einige Male wiederholt ist: »Wie meinen Sie?« Wacht dabei mit einem Ruck aus seiner Versunkenheit auf. Dies kann sich öfters wiederholen, bis er schließlich eine Antwort gibt; äußert aber auch dann noch wenig.

27. IV. Nachts manchmal eigenartiges Benehmen, wirft die Bettdecke fort, ihm sei zu heiß, oder schüttelt sie oft aus, als ob Krümel oder Ähnliches drin wären.

2. V. Pat. weigert sich energisch aufzustehen, wirft seine Sachen in den Saal, legt sich still hin und schläft unter der Decke verborgen. Macht sich anscheinend seiner Augen wegen keine Sorgen, klagt nie, daß er nicht sehen könne, fragt auch nie, ob es beser damit würde oder nicht.

24. V. Wühlt nachts viel im Bett umher, lacht vielfach laut auf, schreit manchmal laut; kommt mehrfach aus dem Bett, kniet nieder und betet laut, weint viel. Halluziniert lebhaft, sagt aber auf Anrede nichts.

28. V. Abends sehr laut, sang und pfiff; wollte keine Beruhigungsmittel nehmen.

5. VI. Verfassung in letzter Zeit wechselnd, bald ruhiger, bald erregter, namentlich nachts vielfach unruhiger und laut; zerreißt mehrfach seine Hemden. Mußte ins Isolierhaus verlegt werden; hört Stimmen und spricht mit ihnen.

9. VI. Unterhält sich nicht mit Besuch, wie er es sonst immer getan hatte; steckt den Kopf unter die Bettdecke und pfeift andauernd.

15. VI. Nachts dauernd unruhig. Schreit und brüllt laut, wenn sich jemand seinem Bette nähert. Singt, ohne sich beruhigen zu lassen. Liegt mit blödem Lächeln im Dauerbade und scheint sich mit irgend etwas zu beschäftigen.

24. VI. Völlig zerfahren und ungeordnet. Körperliches Befinden nicht sehr gut, sieht elend aus, ißt dabei ganz gut, lacht blöde vor sich hin, spricht vielfach für sich, macht allerlei Bewegungen.

29. VI. Völlig zerfallen, dement. Hat anscheinend allerlei komische, eigenartige Ideen, äußert sich nicht offen, verhält sich ablehnend, springt aus dem Bette, erzählt seiner Mutter, er sei geschlagen worden.

30. VI. Völlig zerfahrener Gedankengang; schlägt nach dem Arzte, als dieser ihm die Hand zum Gruße bietet.

1. VII. Drängt viel außer Bett, muß gespritzt werden. Drängt nachts aus der Zelle oder wirft sich auf der Matraze hin und her, die er wiederholt verunreinigt; spuckt dem Pfleger das ihm gereichte Schlafmittel ins Gesicht, ruft viel um Hilfe: »Maria hilf etc.« Jammert, sobald man in seine Nähe kommt.

8. VII. Zunehmend unruhiger, wühlt fortgesetzt im Bett umher, gestikuliert, singt laut in völlig zerfahrener Weise, zum Teil unverständliche Sachen, zum Teil Reste von

Volks- und Operettenmelodien. Spielt mit den Fingern Klavier, macht tänzelnde Bewegungen mit den Beinen. Schlägt nach seiner Umgebung.

12. VII. Halluziniert sehr lebhaft. Reagiert außerordentlich lebhaft auf akustische und taktile Reize; fährt oft schon zusammen, wenn er nur den Luftzug beim Herannahen irgend einer Person spürt; wird dann oft sehr erregt, aggressiv oder stark weinerlich.

Produziert in singender oder deklamatorischer Weise unverständlichen Wortsalat. Kommt vor Unruhe nicht zum Essen; muß gefüttert werden. Nachts häufig Drehbewegungen im Kastenbett.

20. VII. Dauernd in Bewegung, singt vor sich hin und macht dazu eigentümliche, arythmische, schlagende, tastende Bewegungen von teilweise fast choreatischem Charakter. Reagiert auf Anrede, Handgeben meist mit energischem, aber am Ziel vorbeifahrenden Bewegungen. Negativistisch. Aussehen der Wunden gut. Verband nicht mehr nötig. Trockene Lippen, körperlicher Rückgang trotz guter Nahrungsaufnahme. Puls schwach (Digalen).

25. VII. Lippen trocken, borkig belegt; offenbar Halsentzündung.

28. VII. Fieber abgefallen. Ruhiger.

3. VIII. Starker Decubitus am Kreuzbein. Pat. geht auch körperlich sehr zurück. Sehr reduzierter Ernährungszustand. Liegt viel mit angezogenen Knieen im Bett, singt, spricht vor sich hin; reagiert zwar auf akustische Reize, indem er zusammenschrickt, triebhaft um sich schlägt, zu sprechen anfängt, ist aber zu keiner geordneten Auskunft zu bringen, aprosektisch. Völlig incohaerenter Gedankengang. Neigung zu Perseverationen, sinnlosen Produktionen ohne rechtes Satzgefüge.

8. VIII. Reagiert auf Fragen meist nicht, stößt von Zeit zu Zeit beziehungslose Satzbruchstücke in singendem Tone hervor: »Ich will jetzt Essen haben; — von der Wiege bis zur Bahre, gibt es schöne Lebenstage«. Automatenhafte Bewegungen werden oft mit den Armen ausgeführt.

Hochgradige Abmagerung. Tief eingefallene Wangen. Sehr weicher, oft kaum fühlbarer Puls.

11. VIII. Nimmt spontan Nahrung zu sich; psychisch ist keine Änderung eingetreten.

28. VIII. Erholt sich körperlich etwas, nimmt etwas an Gewicht zu. Decubitus granuliert. Bisweilen ist Pat. eine Zeit lang fixierbar, antwortet in leidlich geordneter Weise, daß er sich wohl fühle, verlangt Lebensmittel. Dann treten wieder Phasen von Sprachverwirrtheit mit Aprosexie auf; dabei viel läppisch erscheinendes Lachen. Echolalie häufig.

15. IX. Decubitalgeschwür verkleinert sich langsam. Benehmen unverändert.

2. X. Liegt im Bette auf einer Seite. Singt vor sich hin und zwar ganz unverständliche selbst verfaßte Texte nach bekannten Melodien. Antwortet auf Fragen häufig völlig verkehrt. Schimpft vielfach über irgend etwas grundlos. Wirft verschiedentlich sein Essen fort, ißt aber sonst gut. Verhält sich nachts meist ruhig.

3. X. Decubitalgeschwür etwa noch tellergroß, ist in stetiger Heilung begriffen. Kann ganz gut gehen und sich im Saale zurechtfinden.

4. X. 12. Pat. wird ungeheilt nach Schleswig überführt.

Durch gütiges Entgegenkommen der Direktion der Provinzial-Irrenanstalt in Schleswig kann ich noch folgendes hinzufügen:

Größe 1,72 m, Gewicht 101 Pfd. Blaß, schlecht ernährt. Über dem Kreuzbein größerer Decubitus, gut gereinigt. Linker Bulbus fehlt. Rechte Pupille sehr dilatiert, leicht entrundet. Sehvermögen anscheinend äußerst herabgesetzt, kann aber doch, wenn er sich einmal fixieren läßt, mit Mühe die Zahl der vorgehaltenen Finger zählen und nennen. Brustkorb ziemlich flach, Brust- und Bauchorgane o. B. Kniesehnenreflexe in normaler Stärke auszulösen, beiderseits gleich.

Patient redet meist murmelnd vor sich hin, fängt

plötzlich an laut zu singen, meist Bruchstellen von Kommersliedern, die Unruhe steigert sich in der Nacht, auf Veronal und bei Dauerbädern tritt mehr Beruhigung ein. Die Beschädigung der Augen habe er in einem Anfall von Geisteszerrüttung vollführt, er fühle sich jetzt ganz gut. Gleich darauf sagt er aber: »Nun soll aber erst noch das Schlimmste kommen, ich habe immer den Gedanken, als ob ich mit einer Stopfnadel ins Auge stechen müßte, auch habe ich beständig ein scharfes Rasiermesser vor mir«. Redet auch viel verwirrtes zusammenhangloses Zeug vor sich hin, nimmt interessiert die Grüße seiner Angehörigen entgegen, möchte sie gerne hier sehen, wenn sie herkommen wollten. Hofft sehr, daß sie ihm was mitbringen, Appetit und Nahrungsaufnahme jetzt gut.

19. X. Dauernd verwirrt, redet beständig vor sich hin. Selten zu fixieren.

30. XI. Seit gestern mehr erregt, singt laut, schlug auch um sich.

31. I. 1913. Versuchte heute Vormittag wieder, sich das rechte, noch leidlich erhaltene Auge, durch Druck zu beschädigen. Wollte zu diesem Zweck ein Bild von der Wand herunterholen, um sich mit dessen Ecke zu verletzen. Die Stimmen von oben hätten es ihm befohlen, die Götter. Starke Injektion der Bindehaut. Feuchte Umschläge mit Borlösung. Sulfonal.

4. II. Weint laut los, will sich fortwährend aus dem Bett stürzen, beklagt sein trauriges Schicksal. Ist jetzt augenscheinlich weniger verwirrt, sodaß ihm seine Lage z. Zt. mehr zum Bewußtsein kommt. Sulfonal und Opium. Neigung zur Selbstbeschädigung.

6. II. Noch immer in der stärkeren Depression, ißt jetzt auch schlechter. Am Kreuzbein wieder größerer Decubitus, ohne daß die allgemeine Ernährung sehr gelitten hätte.

3. III. Starke Neigung zur Selbstbeschädigung. Weint oft laut los. Wolle sich ertränken, erhängen. Verlangt nach seiner Mutter. Opium und Sulfonat.

Was die Psychose angeht, so zeigt der Patient das ausgesprochenste Bild des katatonischen Irreseins mit seinem stereotypen Jammern und Fortdrängen, mit triebartigen Selbstbeschädigungsversuchen, Versündigungswahn und abwechselnd Stupor und Erregung, Zerfahrenheit und Inkohärenz. Über den eigentlichen Beweggrund des Patienten zu der Selbstverstümmelung ist wenig zu sagen. Pat. gehört zu jenen unberechenbaren Kranken, die in sich eine ihrem Ich fremde Gewalt, hier die Mutter Gottes, fühlen, die sie zu solchen Taten veranlaßt. Dazu kommt noch, daß Pat. auch einmal Versündigungsideen äußerte, die vielleicht auch noch als Beweggrund anzuführen sind. Sicher kommt hier aber auch noch die psychische Analgesie in Betracht, da der Pat. niemals über intensive Schmerzen bei dieser erheblichen Verletzung geklagt hat.

Über die mechanischen Vorgänge bei der Selbstbeschädigung der Bulbi ist angesichts der Tatsache, daß bei der geringen Anzahl von Fällen noch niemand in der Lage gewesen ist und auch nicht so leicht sein wird, den Vorgang zu beobachten und man so auf Versuche an den Leichen angewiesen ist, viel gestritten worden. Axenfeld meint, daß sich jemand eine Lux. bulbi jedenfalls auf dieselbe Weise beibringt, wie wir es sonst bei absichtlichen oder unabsichtlichen Verletzungen beobachten, nämlich durch die hebelnde Gewalt des mit Gewalt neben dem Bulbus in die Orbita eingeführten Fingers; als Hypomochlion dient der knöcherne Orbitalrand. Unterstützend wirkt die in der Orbita stattfindende Blutung. Wenn nun aber in schwereren Fällen die Verbindung des Bulbus mehr oder weniger vollständig gelöst, wenn die Augenkapsel zertrümmert oder das Auge ganz herausbefördert wird, so liegt wohl die Auffassung am nächsten, daß dies nur einen höheren Mechanismus darstellt, mit anderen Worten, daß das Auge herausgehebelt, herausgerissen war. Es ist A. auch gelungen, an einer frischen Leiche auf diese Weise die Bulbi herauszureißen. Bei Berlin und Dehn, die sich zusammenfassend mit diesem Gegenstand befaßt haben, finden wir diese als nächstliegende bezeichnete Auffassung nicht, vielmehr als

unmöglich bezeichnet. Sie vertreten die Ansicht, daß die Nägel mit zur Hilfe genommen werden und so die Muskeln resp. Sehnen und jedenfalls der Sehnerv durchgequetscht oder quasi durchgeschnitten wurden. Axenfeld widerlegt die zugehörige Beweisführung und gibt als weitere Gründe an, daß die Raumbeengung in der Orbita zu erheblich sei, als daß man zum Durchkneifen zwei Finger mit der entsprechenden Stellung einführen könne. Außerdem würde für diesen Modus erbeblich mehr Zeit gebraucht, während das Herausreißen unter passenden Bedingungen, in 1 Min. und wahrscheinlich in noch weniger Zeit gelänge, wie er in einem Fall beobachtet hat.

Nun ist in dem hier beschriebenen Falle das Trauma bei weitem nicht so stark, wenn auch der Effekt derselbe ist, wie in den meisten von Axenfeld zusammengestellten Fällen; doch bietet er immerhin vielleicht einige Anhaltspunkte für die mechanischen Vorgänge bei dieser Selbstverstümmelung einiger Geisteskranken. In unserm Falle scheint mir R. mehr grobe Gewalt, vielleicht Faustschläge oder intensiver Druck von vorne oder der temporalen Seite eingewirkt zu haben. Dafür sprechen die konjunktivalen Blutungen, der Riß in der Konjunktiva, der blutig suffundierte obere Lidrand und auch die Luxatio lentis. Das Zerreißen der Zonula durch eine solche Contusion ist jedenfalls gut denkbar und auch häufiger beobachtet worden. Für ein Eindringen eines Fingers von der Seite her ist kein Anhaltspunkt vorhanden. Auch die Blutung in den Glaskörper und die Amotio retinae lassen sich leicht so verstehen.

Am linken Bulbus scheint mit den Fingern unter das maximal geschwollene und diffus imbibierte Oberlid eingegangen und mit den Nägeln gearbeitet zu sein. Der Pat. gibt ja auch selbst auf Befragen an, daß er mit dem Zeigefinger von der Seite in die Augenhöhle eingegangen sei, was wohl nur auf das linke Auge zu beziehen ist. Es scheint aber doch, als habe Pat. die Augen mehr auskratzen als ausreißen wollen. Nur so konnte die Perforatio bulbi zustande kommen; es sprechen auch dafür der vorgetriebene Bulbus, die konjunktivalen Blutungen und das abgescheuerte

Epithel, Nach der Evakuation wurde eine weitere Verletzung am Bulbus nicht gefunden. Ob der Pat. hier den Versuch spontan abgebrochen hat oder durch den Wärter an ein weiteres Vordringen gehindert wurde, ist nicht zu entscheiden.

* * *

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, möchte ich auch an dieser Stelle für die gütige Überlassung der Arbeit und die dabei gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literatur.

Viallon: Suicide et folie, Annales med. psych. 1901.

Axenfeld: Über Luxat., Zerstörung und Herausreißen des Augapfels als Selbstverstümmelung bei Geisteskranken. Zeitschr. für Augenheilkunde, Febr. 1899, Bd. I, S. 128 ff.

Wachsmuth, Hans: Ein Fall von Selbstverletzung (Ausreißen eines Auges) im katatonischen Raptus. Zeitschr. für Psych., Bd. 64, S. 856.

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. A. 1911.

Raecke: Einiges zur Hysterie-Frage. Neurol. Centralblatt, Leipzig 1902.

E. Dehn: Ein Beitrag zur Kenntnis der Lux. bulbi. Archiv für Ophthalmologie, Bd. 40,², S. 26.

Kraepelin: Psychiatrie, ein Lehrbuch, 1909/10.

Kraepelin: Über Katatonie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1892.

Lebenslauf.

Ich, Albert Friedrich Steinigeweg, ev. Confession, bin geboren am 15. Juni 1887 zu Westerkappeln i. Westfalen. Nach Besuch der Volksschule zu Werdohl i. Wstf. war ich auf der Oberrealschule zu Dortmund und von Untersekunda ab auf dem Realgymnasium zu Altena i. Westf., wo ich Ostern 1908 die Reifeprüfung bestand. Um mich dem Studium der Medizin zu widmen, bezog ich für zwei Semester die Universität Tübingen, sodann für drei Semester die Universität Kiel, wo ich im Juli 1910 mein Physikum bestand. Vom 1. X. 10—1. IV. 11 genügte ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe bei dem Königl. Bayr. Leibregiment in München und studierte auch den Sommer über noch dort. Im Winter 1911 kehrte ich wieder nach Kiel zurück und bestand im Frühjahr 1913 mein medizinisches Staatsexamen.